

Nom de l'enfant : _____ Prénom de l'enfant : _____
 Date de naissance : _____ Adresse : _____
 Langues parlées : _____ NPA localité : _____
 Langue maternelle : _____ Sexe : _____
 Téléphone urgence : _____ Motif du placement : _____
 Origine : _____ Début du contrat : _____
 L'enfant vit avec : ses parents sa mère seule son père seul autre à préciser _____

Lieu et jours de placement souhaité de votre enfant : 1 contrat par enfant (2^{ème} enfant, case bleue)

Jours à choix	Matinée avec collation			option	Après-midi avec collation			Tarif annuel
	Fr. 46.- 1er enf	Fr. 44.- 2e enf	Fr. 2.- collation	Fr. 2.- Pt.- dej.	Fr. 46.- 1 ^{er} enf	Fr. 44.- 2e enf	Fr. 2.- collation	
Lundi Martigny								Total du tarif hebdomadaire <u>X45 semaines</u> 12 mois = forfait mensuel
Mardi Monthey								
Jeudi Martigny								
Vendredi Monthey								

Mettre une croix dans les cases souhaitées. La collation est obligatoire, le petit-déjeuner en option.
Si d'autres jours vous intéressent, merci de le mentionner dans la rubrique « remarques » au verso.

Père

Nom et prénom : _____
 Situation maritale : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 NPA localité : _____
 Téléphone portable : _____
 Adresse email : _____
 Origine : _____
 Permis de séjour : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Taux d'activité : _____
 Tel. Professionnel : _____

Mère

Nom et prénom : _____
 Situation maritale : _____
 Date de naissance : _____
 Adresse : _____
 NPA localité : _____
 Téléphone portable : _____
 Adresse email : _____
 Origine : _____
 Permis de séjour : _____
 Profession : _____
 Employeur : _____
 Taux d'activité : _____
 Tel. Professionnel : _____

Frères et sœurs

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Nom et prénom : _____ Date de naissance : _____

Soins, hygiène et particularités

Doudou : type/nom _____ Lolette : _____

L'enfant est-il propre ? Couches Acquisition de la propreté pot toilette

Santé

Pédiatre : _____ Allergies : _____

Tel. Pédiatre : _____ Maladie : _____

Vaccination : _____ Alimentation : _____

Personnes autorisées à venir chercher l'enfant

Nom et prénom : _____ Nom et prénom : _____

Rapport à l'enfant : _____ Rapport à l'enfant : _____

Tel. portable : _____ Tel. portable : _____

Divers et remarques

L'enfant a-t-il déjà fréquenté une autre structure d'accueil, est-il allé chez une maman de jour ou chez des grands-parents ou autres ? OUI NON (souligner ce qui convient)

J'accepte l'administration de gouttes Rescue, d'Arnica en granules, ou l'application de pommade à l'Arnica, d'Oxyplastine, de Bépanthen, de désinfectant ou de la crème solaire OUI NON (souligner ce qui convient)

J'accepte que les images de mon enfant soient utilisées dans le cadre d'illustration à l'interne, photos d'anniversaire, et groupe Whatsapp OUI NON (souligner ce qui convient)

Autorisez-vous votre enfant à prendre les transports publics (train, bus...) avec les éducatrices? OUI NON

Remarques : _____

Date de signature : _____ Signature : _____

(Par votre signature vous confirmez avoir lu et accepté les conditions générales et le règlement des tarifs)